

# **Humanização da Assistência ao Parto: Suas Vias e Seus Vieses Entre o Professor e o Profissional**

Cristiano Salles Rodrigues<sup>1</sup>

Ludmila Gonçalves da Matta<sup>2</sup>

Uliana Pontes Vieira<sup>3</sup>

## **RESUMO**

Este artigo propõe discutir a humanização da via de parto sob a ótica do docente, no contexto da formação em obstetrícia. Para isso, a publicação faz uma análise histórica das conquistas da mulher ao longo das décadas relacionando a trajetória feminista à busca pela humanização do parto. Outro aspecto abordado é a possível relação entre violência obstétrica e as vias de parto. Como arcabouço teórico, o artigo recorre aos pensamentos do sociólogo Francês Pierre Bourdieu no que se refere aos conceitos de habitus, campo e capital simbólico. Para ilustrar esta discussão utiliza-se uma técnica consagrada, reconhecida pela sociedade, ensinada nas universidades e residências médicas aos obstetras, mas hoje questionada: a episiotomia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Parto Humanizado; Educação Médica; Violência Contra a Mulher; Episiotomia.

<sup>1</sup>. Doutorando em Planejamento Regional e Gestão da Cidade, Universidade Candido Mendes, Brasil, Professor Assistente da UFRJ/Campus Macaé, Rio de Janeiro, Brasil, Professor da Faculdade de Medicina de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup>. Doutorado em Sociologia Política pela Universidade Estadual do Norte Fluminense Darcy Ribeiro, Brasil (2012), Professora Adjunta da Universidade Candido Mendes, Brasil.

<sup>3</sup>. Doutorado em Educação, Gestão e Difusão em Biociências pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil (2018), Professora Adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil.

## INTRODUÇÃO

Nunca se falou tanto em atendimento humanizado na área da saúde. E quando o assunto é via de parto, essa discussão se intensifica. Um dos motivos da confusão que se gerou em torno do tema é a inadequada atribuição do termo “humanização”, apenas, à via de parto, e não à toda assistência prestada durante a gestação, parto e puerpério. Nesse cenário os partos com nenhuma intervenção médica passaram a ser exaltados e outros, como a cesariana e até mesmo o parto em que alguma intervenção é necessária, criticados. Formou-se um campo de batalha em torno do assunto.

Ao analisar os prós e contras das vias de parto, no entanto, percebe-se que a questão vai muito além da decisão da mulher de escolher por uma ou outra opção. A complexidade do tema envolve diversos atores: a mulher, que busca maior protagonismo e um tipo de parto que tenha relação com as suas convicções; os diferentes profissionais da área de saúde; as instituições de saúde públicas e privadas que, de maneira geral, priorizam a lógica econômica na hora de definir pela forma de nascimento; e, por fim, os cursos da área de saúde que ministram obstetrícia e necessitam estar alinhados a esse novo movimento.

Os conceitos de habitus, campo e capital simbólico do sociólogo francês Pierre Bourdieu nos ajudam a ligar os pontos desse conflito e a analisá-lo com mais distanciamento. De acordo com essas teorias (que devem ser consideradas de forma interdependente), nas sociedades patriarcais a dominação masculina funciona como violência simbólica, aquela que nem as próprias vítimas percebem por já ser considerada padrão social. A consequência desse tipo de comportamento é a paradoxal submissão feminina, abordada de maneira sofisticada e em detalhes por Bourdieu no livro “A Dominação Masculina” (2012, p. 45), como exemplifica o trecho abaixo.

A dominação masculina encontra, assim, reunidas todas as condições de seu pleno exercício. A primazia universalmente concedida aos homens se afirma na objetividade de estruturas sociais e de atividades

produtivas e reprodutivas, baseadas em uma divisão sexual do trabalho de produção e de reprodução biológica e social, que confere aos homens a melhor parte, bem como nos esquemas imanentes a todos os *habitas*: moldados por tais condições, portanto objetivamente concordes, eles funcionam como matrizes das percepções, dos pensamentos e das ações de todos os membros da sociedade, como transcendentais históricos que, sendo universalmente partilhados, impõem-se a cada agente como transcendentais. Por conseguinte, a representação androcêntrica da reprodução biológica e da reprodução social se vê investida da objetividade do senso comum, visto como senso prático, dóxico, sobre o sentido das práticas. E as próprias mulheres aplicam a toda a realidade e, particularmente, às relações de poder em que se vêem envolvidas esquemas de pensamento que são produto da incorporação dessas relações de poder e que se expressam nas oposições fundantes da ordem simbólica. Por conseguinte, seus atos de conhecimento são, exatamente por isso, atos de reconhecimento prático, de adesão dóxica, crença que não tem que se pensar e se afirmar como tal e que "faz", de certo modo, a violência simbólica que ela sofre. (BOURDIEU, 2012, p.45)

Esse contexto indica a necessidade de mudanças jurídicas e políticas capazes de alterar a relação de forças (material ou simbólica) entre os sexos. É com base nesse panorama e nos conceitos de Bourdieu que o presente artigo observa a trajetória da mulher ao longo da história, mostrando como a agenda de empoderamento converge com a da humanização pelas vias de parto.

### **FEMINISMO AO LONGO DA HISTÓRIA**

A mulher atravessou o tempo fazendo história. Entre a completa submissão e invisibilidade e o atual papel de destaque na sociedade, foi

preciso quebrar paradigmas. Nesse contexto as conquistas feministas avançaram, principalmente, na medida em que o modelo patriarcal foi questionado. A linha do tempo demonstra isso com clareza.

A mulher sempre foi preparada para reproduzir e cuidar da casa. Nem mesmo estudar era possível. No caso do Brasil, somente em 1827 uma lei garantiu que as meninas começassem a frequentar a escola primária. Mas somente em 1879 as mulheres passaram a ser aceitas em faculdade por meio de um decreto. Oito anos depois surgiu a primeira médica brasileira: Rita Lobato Freitas, que cursou faculdade na Bahia, fez a tese sobre Operação Cesariana e, apesar do vanguardismo, foi vítima de preconceito pelos que consideravam estudo e trabalho “coisa de homem”.

Em 1910 surgiu o Partido Republicano Feminino, que defendia o direito da mulher ao voto e também a emancipação feminina. A partir daí começa a crescer, de forma tímida, a participação da mulher na política, na cultura, no esporte e no mercado de trabalho. Em 1962, por exemplo, é criado o estatuto da mulher casada, que acaba com a necessidade de o marido autorizar a esposa a trabalhar. É também nessa época que a mulher conquista o direito à herança, de pedir a guarda dos filhos em caso de separação e passa a ter mais autonomia em relação à sexualidade com o advento da pílula anticoncepcional, podendo decidir quando ter filhos.

Mas é a partir de 1970 que o movimento feminista surge de forma mais robusta, como mostra o artigo científico escrito por Sarti (2004, p. 36-37).

Uma confluência de fatores contribuiu para a eclosão do feminismo brasileiro na década de 1970. Em 1975, a ONU declara o Ano Internacional da Mulher, pelo impacto que já se fazia sentir do feminismo europeu e norte-americano, favorecendo a discussão da condição feminina no cenário internacional. Essas circunstâncias se somavam às mudanças efetivas na situação da mulher no Brasil a partir dos anos 1960, propiciadas pela modernização pela qual vinha passando o país, pondo em questão a tradicional hierarquia de gênero. Ao mesmo tempo, esse processo desenrolou-se no amargo contexto

das ditaduras latino-americanas, que calavam vozes discordantes. O feminismo militante no Brasil, que começou a aparecer nas ruas, dando visibilidade à questão da mulher, surge, naquele momento, sobretudo, como consequência da resistência das mulheres à ditadura, depois da derrota das que acreditaram na luta armada e com o sentido de elaborar política e pessoalmente essa derrota (SARTI, 2004, pág. 36 e 37).

As conquistas seguem concomitantes ao movimento feminista, que divide opiniões, como indica mais um trecho do artigo.

O feminismo foi se expandindo dentro desse quadro geral de mobilizações diferenciadas. Inicialmente, ser feminista tinha uma conotação pejorativa. Vivia-se sob fogo cruzado. Para a direita era um movimento imoral, portanto, perigoso. Para a esquerda, reformismo burguês, e para muitos homens e mulheres, independentemente de sua ideologia, feminismo tinha uma conotação antifeminina. A imagem feminismo versus feminino repercutiu inclusive internamente ao movimento, dividindo seus grupos como denominações excludentes. A autodenominação feminista implicava, já nos anos 1970, a convicção de que os problemas específicos da mulher não seriam resolvidos apenas pela mudança na estrutura social, mas exigiam tratamento próprio (SARTI, 2004, pág. 40).

Divergências à parte, é fato que a busca da mulher por mais participação na sociedade mudou o cenário mundial. Uma das parceiras desse movimento é a ONU Mulheres, criada em 2010 para fortalecer os esforços mundiais em defesa dos direitos humanos das mulheres.

Empoderar mulheres e promover a equidade de gênero em todas as atividades sociais e da economia são

garantias para o efetivo fortalecimento das economias, o impulsionamento dos negócios, a melhoria da qualidade de vida de mulheres, homens e crianças, e para o desenvolvimento sustentável (BRASIL. Portal ONU Mulheres)

Essa atuação na sociedade, aliada à maior tomada de consciência e à melhor escolarização, levou a mulher a se adaptar a uma nova dinâmica e a mudar conceitos. É nesse contexto que começa a mudar, também, o olhar para a maternidade e tudo o que se refere ao ato de trazer uma criança ao mundo.

## **ASSISTÊNCIA HUMANIZADA X VIAS DE PARTO**

A humanização do parto entra em pauta no momento em que a mulher decide vivenciar experiências mais positivas desde o processo de gestação até a chegada do bebê. Afinal, ao longo da história muita coisa mudou em relação a essa prática. Até o século XVI as parteiras é que ajudavam a mulher na hora do nascimento do filho. O tempo passou, surgiu a figura do cirurgião e também a melhora dos cuidados com a assepsia, o controle de infecções e o uso de técnicas mais seguras de anestesia. Tudo isso ocorreu quase que de forma concomitante à institucionalização do parto e junto com a possibilidade da variação de suas vias - cesariana *versus* parto vaginal. Em meio à busca pela melhor via de nascimento, cresceram as discussões referentes à assistência humanizada.

Nos anos 2000, por exemplo, a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (REHUNA) realizou a I Conferência Internacional sobre o tema em Fortaleza (CE), com a participação de 1800 pessoas entre representantes de entidades, associações do gênero, da área de saúde e da sociedade civil. De lá para cá o REHUNA cresceu e passou a atuar em todo o país como rede de associados. O objetivo dessa organização da sociedade civil é divulgar a assistência e os cuidados perinatais com base em evidências científicas.

Ainda nos anos 2000 o Ministério da Saúde ampliou o incentivo à humanização do parto através do Programa de Humanização para o Pré-Natal e Nascimento. Em um dos trechos da cartilha, o órgão declara:

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL. Ministério da Saúde)

Os benefícios da humanização do trabalho de parto são inquestionáveis para todos os envolvidos no processo. Deve-se ressaltar, no entanto, que esse tema tem sido mal interpretado e gerado confusão em muitos casos. A começar pelo termo “humanização” que, no contexto do nascimento, não se refere à via de parto que a mulher experimenta. Humanização, nesse caso, significa viabilizar uma relação respeitosa entre a equipe de saúde, a mulher e o bebê desde a gestação até o pós-parto. É colocar a mulher como protagonista do processo. O que pode ocorrer tanto no parto sem nenhuma intervenção médica quanto na cesariana.

Um dos motivos que podem ter contribuído para a polarização quando o assunto é “via de parto”, com forte crítica à cesariana, é o fato de a cesárea ter virado prática rotineira. Sabe-se que ela salva vidas e é necessária em muitos casos. A questão é o excesso, como mostram os números. O Brasil

é o segundo país do mundo em quantidade de cesarianas. Essa posição foi divulgada pela revista científica <sup>1</sup>Lancet (2018) uma das mais conceituadas da área médica no mundo.

A série de artigos publicados pela revista foi lançada no Congresso Mundial de Ginecologia e Obstetrícia no Brasil em 2018 e mostrou que a quantidade de parto cesariana, praticamente, duplicou entre 2000 e 2015 no planeta. Passou de 12% para 21%. Em quinze países, a maioria da América Latina e Caribe, a taxa de cesarianas superou os 40%. É o caso do Brasil, onde o índice de nascimentos por cesariana alcançou 55,5% do total de partos no período analisado. Números considerados altos pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A revista Ciência & Saúde Coletiva, da Faculdade de Saúde da Universidade de São Paulo, também traz importante contribuição sobre esse tema através de um artigo de Carmem Diniz (2005), que analisa a humanização do parto com base em diversos aspectos. Entre eles, o financeiro.

O termo humanização do parto se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. As abordagens baseadas em evidências científicas e as baseadas em direitos, entre outras, são recriadas pelos diversos atores sociais, que as utilizam como instrumento para a mudança, que ocorre muito lentamente e apesar de enorme resistência. Humanização é também um termo estratégico, menos acusatório, para dialogar com os profissionais de saúde sobre a violência institucional. No caso brasileiro, a obstetrícia parece ter apelo inegável em defesa das mulheres, que seriam aqui mais beneficiadas, barganhando mais alívio da dor e mais preservação

---

<sup>1</sup> BOERMA, Prof Ties PhD, et al. Series Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. The Lancet. Volume 392, 2018, p. 1341-1348



genital, desde que paguem por isso: eis o padrão ouro da assistência na prática (DINIZ, 2005, p. 635)

É também sob o viés econômico que se propõe analisar o aumento da adesão de alguns profissionais de saúde aos tipos de parto sem intervenção médica. Não se pretende questionar os benefícios dessas formas de nascimento. Mas também não se pode negar que muitos profissionais viram nesse movimento um nicho de mercado e a oportunidade de aumentar os rendimentos. Em ambos os casos, a paciente espera dos profissionais envolvidos dedicação em tempo integral. No Sistema Único de Saúde (SUS) a questão é ainda mais complexa, principalmente, porque não permite à mulher escolher o tipo de experiência que deseja ter.

Enquanto não se alcança um equilíbrio entre os interesses da paciente (deseja bom atendimento e o parto adequado por valor justo), dos profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e doulas), dos hospitais e dos planos de saúde (que intermediam essas relações) e da sociedade civil organizada, talvez as discussões quanto à mais adequada via de parto sigam de forma polarizadas.

O filósofo americano Richard Rorty chama a atenção para comportamentos extremos. E a análise cabe também nesse contexto. Rorty destaca o fato de intelectuais incentivarem a “luta dos fracos contra os fortes” e cita a importância de buscar a moderação, mesmo quando o objetivo é questionar práticas vigentes.

A maneira mais eficiente de expor ou desmistificar uma prática existente parece sugerir uma prática alternativa, em vez de criticar a atual. Na política, como no modelo kuhniano de mudança de teoria nas ciências, anomalias dentro de velhos paradigmas podem se acumular indefinidamente sem fornecer muita base para críticas até que uma nova opção seja oferecida. A crítica "imane" do velho paradigma é relativamente ineficaz. Mais especificamente, a maneira mais eficaz de criticar as descrições atuais de um dado exemplo da opressão dos

fracos como "um mal necessário" (o equivalente político de "uma anomalia insignificante") é explicar por que não é de fato necessário, explicando como uma mudança institucional específica a eliminaria. Isso significa esboçar um futuro alternativo e um cenário de ação política que pode nos levar do presente para o futuro (RORTY, vol.8 no.2, 1993).

## **EPISIOTOMIA X VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

A polarização continua quando se fala em violência obstétrica, em muitos casos, equivocadamente confundida com violência praticada pelo obstetra. Para esclarecer melhor, diferenciando um termo do outro, destacamos abaixo definições apresentadas pelo Ministério da Saúde para Violência Obstétrica e, na sequência, o que a Federação Brasileira das Associações de Obstetrícia e Ginecologia (Febrasgo) considera violência praticada pelo médico.

A violência obstétrica é aquela que acontece no momento da gestação, parto, nascimento e/ou pós-parto, inclusive no atendimento ao abortamento. Pode ser física, psicológica, verbal, simbólica e/ou sexual, além de negligência, discriminação e/ou condutas excessivas ou desnecessárias ou desaconselhadas, muitas vezes prejudiciais e sem embasamento em evidências científicas. Essas práticas submetem mulheres a normas e rotinas rígidas e muitas vezes desnecessárias, que não respeitam os seus corpos e os seus ritmos naturais e as impedem de exercer seu protagonismo. Entre os exemplos, estão: lavagem intestinal e restrição de dieta; ameaças, gritos, chacotas ou piadas, omissão de informações, desconsideração dos padrões e valores culturais das gestantes e parturientes, divulgação pública de informações que possam insultar a mulher, não

permitir acompanhante que a gestante escolher e também não receber alívio da dor (BRASIL. Ministério da Saúde).

Violência praticada pelo obstetra engloba qualquer atitude, manobra, ou procedimento que possa trazer constrangimento, desconforto ou agravos à saúde da grávida, e pode ser cometido por qualquer um envolvido nessa relação, que vai do poder público à recepcionista de um hospital, incluindo o próprio médico (FEBRASGO. Portal).

Não se pode esquecer de destacar, ainda, a violência obstétrica institucional. Essa é praticada pelas instituições de saúde e causam consequências não só para a mulher, mas a toda família desde a gestação até a chegada do bebê. Como exemplos desse tipo de desrespeito podem citar a falta de vagas, a precária ou inexistente estrutura das unidades de saúde para receber a mulher com acompanhante, atos de discriminação relacionados à idade, etnia, gênero ou classe social, por exemplo.

Como demonstrado, há definições para cada tipo de violência (a obstétrica, a praticada pelo obstetra e a institucional). Muitas vezes, porém, todas elas são consideradas uma só. Em meio a esse equívoco, a episiotomia também passou a ser genericamente associada à violência contra a mulher.

A prática, comumente utilizada no passado, refere-se a um “procedimento cirúrgico feito, após anestesia local, para aumentar a abertura vaginal por uma incisão no períneo, no final do período expulsivo, no momento do desprendimento fetal”, define a Febrasgo. Para algumas pacientes, a episiotomia pode trazer prejuízos quando feita de forma rotineira e, principalmente, sem o consentimento da paciente. Com base em estudos, elas argumentam que a prática pode causar lacerações graves e até disfunção do assoalho pélvico. Informação que não é consenso no meio acadêmico, como argumenta a Febrasgo no trecho abaixo.

Atualmente, não há evidência científica suficiente para definir as indicações para a episiotomia, apenas que o

uso seletivo continua a ser a melhor prática a ser adotada. Portanto, a episiotomia “seletiva” tem sido recomendada, ou seja, não fazer episiotomia deve ser a primeira opção. No entanto, há muita discussão sobre as reais indicações desta incisão. Nos últimos anos, muitos artigos foram publicados e verificaram que tanto as indicações como as técnicas de episiotomia são muito variáveis, por isto os resultados de estudos anteriores são questionáveis (FEBRASGO. Portal).

Independentemente do que os diversos atores envolvidos no cenário da Violência Obstétrica argumentam sobre o tema, abre-se uma oportunidade de repensar práticas médicas. O ambiente acadêmico torna, muitas vezes, os profissionais de saúde alheios a questões consideradas importantes por parte dos pacientes. Dessa forma, agem automaticamente em determinadas situações, sem empatia em relação a quem está do outro lado. Acontece que o tempo passou e o público atendido mudou. A mulher, ficou mais crítica, seletiva e autônoma. Passou a exigir, portanto, atendimento mais respeitoso e humanizado, regado a informações capazes de satisfazer as mais diversificadas dúvidas. Dessa forma, práticas que anteriormente não eram sequer notadas por elas passaram a ser questionadas e até mesmo abominadas. Às vezes, de forma extrema, na opinião de alguns profissionais da área médica quando o assunto é parto cesariana e episiotomia. De qualquer forma, o momento é propício para aparar arestas e estabelecer uma relação mais cordial entre as partes.

É nesse contexto que recorreremos ao sociólogo francês Pierre Bourdieu e suas discussões sobre habitus, campo e capital simbólico. Por meio dessas três teorias ficou mais fácil entender as peculiaridades sociais, as mudanças de comportamento e as formas de pensar. O conceito de habitus, por exemplo, está presente no dia-a-dia dinâmico, como destaca num artigo acadêmico Daniele Andrea Janowski, em 2014, p. 2.

Os condicionamentos associados a uma classe particular de condições de existência que produzem habitus,

sistemas de disposições duráveis e transponíveis, estruturas estruturadas predispostas a funcionar como estruturas estruturantes, ou seja, como princípios geradores e organizadores de práticas e de representações que podem ser objetivamente adaptadas ao seu objetivo sem supor a intenção consciente de fins e o domínio expresso das operações necessárias para alcançá-los, objetivamente “reguladas” e “regulares” sem em nada ser o produto da obediência a algumas regras e, sendo tudo isso, coletivamente orquestradas sem ser o produto da ação organizadora de um maestro (BORDIEU, 2011,p. 87).

A autora Daniele Andrea Janowski mostra, ainda, como o conceito de Habitus se relaciona ao de campo, permitindo compreender melhor as atitudes e posturas da humanidade.

A teoria praxiológica, ao fugir dos determinismos das práticas, pressupõe uma relação dialética entre sujeito e sociedade, uma relação de mão dupla entre habitus individual e a estrutura de um campo, socialmente determinado. Segundo esse ponto de vista, as ações, comportamentos, escolhas ou aspirações individuais não derivam de cálculos ou planejamentos, são antes produtos da relação entre um habitus e as pressões estímulos de uma conjuntura, (SETTON, 2002, p.64).

Esses conceitos se entrelaçam ao do capital simbólico que, de maneira objetiva, pode ser denominado como aquele que representa o prestígio ou o carisma que determinado indivíduo ou instituição exerce num campo específico. Situação que é reforçada pelo poder econômico, já que ele permite reconhecimento imediato por parte dos demais elementos do campo.

Trazendo os conceitos de Bourdieu para o tema em questão, pode-se considerar que os atores envolvidos são os médicos, as enfermeiras obstétricas, as doulas e movimentos da sociedade civil organizada. Estas, por

sua vez, se apropriam do capital simbólico defendido pelas feministas para vencer o jogo de interesses. Violência obstétrica, episiotomia ou parto sem anestesia, entre outros itens, são os capitais simbólicos usados para questionar o obstetra e justificar os argumentos dos atores do campo oposto. Nessa estrutura hierarquizada é preciso definir que papéis os docentes da área da saúde desempenham e em quais lados se posicionam. Também é necessário avaliar como a prática docente na cadeira de obstetrícia pode contribuir ainda mais para entregar à sociedade profissionais da saúde com olhar mais humanizado. Reflexões importantes em tempos de tensão extrema.

## **ALUNOS DE MEDICINA: COMO PREPARÁ-LOS**

Estes conflitos nem sempre são apresentados claramente aos estudantes no ambiente acadêmico. Em muitos casos eles só se deparam com essas e outras questões durante a prática médica. O perigo da distância entre o que se estuda no ambiente acadêmico e o que se constata na prática médica são os efeitos do choque de realidade. As contradições do sistema, aliadas à rotina puxada da atividade, colocam de lado a glamourização da profissão e geram muitos outros problemas.

Ao deixar de discutir a fundo assuntos como os motivos econômicos que levam a humanizar mais ou menos o atendimento final, deixa-se de preparar com qualidade o aluno que no futuro poderá ocupar lugar não só num consultório, mas também nas gestões pública e privada. É o aluno de hoje que amanhã poderá ter voz ativa nas transformações do sistema, na mudança de postura diante dos pacientes ou na melhoria das condições de atendimento. Informá-los previamente sobre os reais desafios é importante para ajudá-los a chegar mais equilibrados ao mercado.

Outro ponto que deveria receber mais atenção em sala de aula é o que se refere à inteligência emocional dos universitários da saúde. O público de hoje é diferente do de anos atrás. Os pacientes estão mais exigentes, seletivos e tem a informação na palma da mão, literalmente. Portanto, é preciso

estar preparado enquanto profissional para lidar com esse novo perfil de cliente. O que também passa pela sala de aula. É preciso formar médicos mais sensíveis à escuta, mais empáticos e abertos aos questionamentos de quem os procura. A falta desse equilíbrio emocional tem produzido pessoas cada vez mais extremistas e inaptas ao convívio social, não só na área médica. Uma questão que começa desde a preparação para o vestibular, revela um estudo da professora Ivana Damásio Moutinho, que investigou o estado de saúde mental dos estudantes de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) entre 2004 e 2006.

O perfil dos estudantes de medicina apresenta alguma característica que favorece o adoecimento mental. No Brasil inteiro, os cursos de Medicina são muito disputados e, tradicionalmente, tem os pontos de corte mais altos dos processos seletivos. Para entrar em uma faculdade de Medicina, o estudante precisa abrir mão de grande parte de sua juventude para estudar. Então, são pessoas extremamente dedicadas e determinadas. Mas não toleram frustrações (MOUTINHO, 2019).

A puxada programação do curso contribui para intensificar a frustração e resultam em problemas graves, como revelou a pesquisa.

Os resultados encontrados na pesquisa apontam que cerca de 50% dos estudantes que responderam os questionários apresentaram alguma forma de adoecimento mental. Desses, aproximadamente 25% passaram a mostrar sintomas somente após ingressarem no curso. Isso nos leva a pensar que o curso de Medicina, mesmo não sendo a causa, favorece o adoecimento (MOUTINHO, 2019).

Talvez o primeiro passo para começar a mudar essa realidade seja levar para a sala de aula temas que, atualmente, têm pouca ou nenhuma relevância no programa do curso. Ninguém discorda que as disciplinas técnicas

devem estar presentes de forma mais robusta na grade curricular. Mas discutir temas da atualidade, debater questões relacionadas às emoções e estar atento às novas demandas dos pacientes, no fim das contas, também contribuem para compor um sistema de saúde mais humanizado e em equilíbrio.

## **CONCLUSÃO**

O presente artigo fez um raio x da busca pela humanização no atendimento obstétrico. Ao traçar a linha do tempo dessa trajetória, ficou claro o peso do sistema na limitação de conquistas. Apesar da mulher ter mais consciência dos seus direitos e do protagonismo que deve exercer no processo de chegada do bebê, a palavra final ainda não é delas. As que têm maior poder econômico precisam pagar altas cifras para experimentar a via de parto que desejam, com assistência de uma equipe multidisciplinar disponível 24h por dia. As que têm plano de saúde reclamam das dificuldades para encontrar um profissional que corresponda às expectativas do “parto perfeito”. Conceito repleto de equívocos por causa da polarização que se estabeleceu entre as vias de parto realizados no Brasil.

A classe médica também não está satisfeita. Reclama da lógica financeira estabelecida pelas unidades de saúde, tanto públicas quanto privadas. Mas em situação complicada mesmo estão as gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Essas dificilmente conseguem ter suas vozes ouvidas, são mulheres invisíveis. No meio desse conflito estão centenas de estudantes de medicina na corrida pela chegada ao mercado de trabalho.

Talvez uma das maiores contribuições desse grupo no momento atual seja questionar a forma como as coisas são feitas. A humanização do atendimento e a mudança das atuais regras imposta pelo sistema passam, necessariamente, pela sala de aula e pela transformação do atual modelo de formação dos futuros obstetras.

## **BIBLIOGRAFIA**

BOURDIEU. Pierre. A dominação Masculina. Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 2012.



BRASIL. Ministério da Saúde. Humanização do parto. Humanização no pré-natal e nascimento. Brasília (DF). 2002

<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>> Acesso em: 06/06/2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Você sabe o que é violência obstétrica? 16 de abril de 2018. Disponível em:

<<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53079-voce-sabe-o-que-e-violencia-obstetrica>> Acesso em: 05/06/2019

BRASIL. ONU Mulheres. Disponível em:

<<http://www.onumulheres.org.br/referencias/principios-de-empoderamento-das-mulheres/>> Acesso em: 04/06/2019

BRASIL. Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (RNFSDR). Dossiê Humanização do parto, 2005. Disponível em:

<<http://www.redesaude.org.br/dossies/html/dossiehumanizacaodoparto.html>>

Acesso em: 05/06/2019

BRASIL. Ufjf Portal. 25 de abril de 2019. Disponível em:

<<https://www2.ufjf.br/noticias/2019/04/25/metade-dos-alunos-de-medicina-apresenta-adoecimento-mental/>> Acesso em: 06/06/2019

CADUCOS. Eduardo. Bourdieu, Habitus e Campo. 17 de agosto de 2008.

Disponível em: <<https://cuducos.me/2008/08/17/bourdieu-habitus-e-campo.html>> Acesso em: 04/06/2019

CRONOLOGIA Feminista. Agende. Março. 2006. Disponível em:

<<http://midia.pgr.mpf.gov.br/hotsites/diadamulher/2006/cronologia.html>>

Acesso em: 04/06/2019

DINIZ. Carmem. Humanização da assistência ao parto no Brasil. Os muitos sentidos de um movimento. Revista Ciência & Saúde Coletiva. São Paulo.

Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Março, 2005.  
Disponível em:

<[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000300019&script=sci\\_arttext&ng=es](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232005000300019&script=sci_arttext&ng=es)> Acesso em: 05/06/2019

FEBRASGO. Contra a violência obstétrica. 25 de julho de 2017. Disponível em:  
<<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/170-contr-a-violencia-obstetrica>>  
Acesso em: 07/06/2019

FEBRASGO. Posicionamentos Febrasgo. Episiotomia. Disponível em:  
<<https://www.febrasgo.org.br/pt/posicionamentos-febrasgo/item/654-episiotomia#dfliip-flipbookContainer//>>> Acesso em: 07/06/2019

FEBRASGO. Recomendações Febrasgo Parte II. Episiotomia. 10 de dezembro de 2018. Disponível em:  
<<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/715-recomendacoes-febrasgo-parte-ii-episiotomia>> Acesso em: 04/06/2019

JANOWSKI, Daniele Andrea. A teoria de Pierre Bourdieu: habitus, campo social e capital cultural. Artigo científico. Universidade Nacional de La Plata, UNLP, dezembro de 2014. Disponível em:  
<[http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.4639/ev.4639.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4639/ev.4639.pdf)>

REHUNA. Rede pela humanização do parto no Brasil.  
<<http://www.rehuna.org.br/index.php/quem-somos>> Acesso em: 04/06/2019

RORTY, 1993. Feminism, ideology, and deconstruction: a pragmatist view. SpecialIssue: Feminism and Pragmatism. Hypatia 8(2). Disponível em:  
<<http://www.cyberartsweb.org/cpace/cspace/schwartz/philosophies.html>>

SARTI, 2004. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. Artigo científico. Universidade Federal de São Paulo, UNIFESP. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n2/23959.pdf>>

THE LANCET. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. 13 de outubro de 2018. Disponível em:

<<http://www.thelancet.com/series/caesarean-section>> Acesso em: 05/06/2019

TORNQUIST CS, 2004. Parto e poder: análise do movimento pela humanização do parto no Brasil. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia, UFSC. Disponível em:

<<https://core.ac.uk/download/pdf/30367705.pdf>>

XÔ EPISIO, 2005. Episiotomia não. Disponível em:

<<http://www.xoepisio.blogspot.com.br/>> Acesso em: 04/06/2019